

## Заявление о состоянии здоровья, образовании и трудовой деятельности Statement of Health, Education, and Employment

### А. Сведения о клиенте

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА	ТЕЛЕФОН КЛИЕНТА	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА
ПОЛ <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

1. Подавали ли вы заявление на получение, или получали ли вы любое из следующих пособий?  
 SSI или социальное пособие по нетрудоспособности, дата: \_\_\_\_\_  
 Пособие для ветеранов (VA), дата: \_\_\_\_\_
2. Заинтересованы ли вы в настоящее время в услугах переподготовки или профессиональной реабилитации?  Да  Нет
3. Какой ваш родной язык? \_\_\_\_\_ Можете ли вы читать и писать по-английски?  Да  Нет
4. Вы левша или правша?  Левша  Правша

### В. Сведения о здоровье

1. Есть ли у вас какие-либо психические или физические заболевания, которые в настоящее время не позволяют вам работать?  Да  Нет  
Если «Да», то укажите все заболевания, которые не позволяют вам работать.
2. Проходили ли вы лечение по поводу этих заболеваний?  Да  Нет  
Если «Да», то укажите, пожалуйста, следующие сведения:

ЗАБОЛЕВАНИЕ	КЛИНИКА / БОЛЬНИЦА	ДАТЫ	КУРС ЛЕЧЕНИЯ / ПРИНИМАЕМЫЕ

### С. Образование и профессиональная подготовка

1. До какого класса (включительно) вы учились в школе (К – 12)? \_\_\_\_\_
2. Есть ли у вас аттестат о среднем образовании или его эквивалент?  Да  Нет
3. Обучались ли вы в классах специального образования (special education) по чтению, письму или математике в средней школе?  Да  Нет

НАЗВАНИЕ КЛАССА СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	УЧЕБНЫЙ УРОВЕНЬ	ПРИЧИНА ОБУЧЕНИЯ В КЛАССЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ ШКОЛЫ ИЛИ ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ

- Посещали ли вы когда-либо занятия в колледже или программах профессиональной подготовки?  Да  Нет  
Если «Да», то укажите, пожалуйста, следующие сведения:

КОЛЛЕДЖ ИЛИ ПРОГРАММА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ	ДАТЫ НАЧАЛА И ОКОНЧАНИЯ ОБУЧЕНИЯ	ЗАВЕРШЕНО		СЕРТИФИКАТ, ЛИЦЕНЗИЯ ИЛИ СТЕПЕНЬ
		ДА	НЕТ	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



**D. Опыт работы**

1. Работаете ли вы в настоящее время?  Да  Нет Если «Да», то сколько вы зарабатываете в месяц?  
2. Укажите сведения об истории своей трудовой деятельности за последние 10 лет, начиная с самой последней работы (при необходимости приложите дополнительные страницы):

должность	РАБОТОДАТЕЛЬ	ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ	МЕСЯЦ И ГОД НАЧАЛО: ОКОНЧАНИЕ:	ПОЧЕМУ ВЫ ПРЕКРАТИЛИ РАБОТАТЬ?
-----------	--------------	------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Расскажите, чем вы занимались на этом месте работы:

должность	РАБОТОДАТЕЛЬ	ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ	МЕСЯЦ И ГОД НАЧАЛО: ОКОНЧАНИЕ:	ПОЧЕМУ ВЫ ПРЕКРАТИЛИ РАБОТАТЬ?
-----------	--------------	------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Расскажите, чем вы занимались на этом месте работы:

должность	РАБОТОДАТЕЛЬ	ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ	МЕСЯЦ И ГОД НАЧАЛО: ОКОНЧАНИЕ:	ПОЧЕМУ ВЫ ПРЕКРАТИЛИ РАБОТАТЬ?
-----------	--------------	------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Расскажите, чем вы занимались на этом месте работы:

должность	РАБОТОДАТЕЛЬ	ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ	МЕСЯЦ И ГОД НАЧАЛО: ОКОНЧАНИЕ:	ПОЧЕМУ ВЫ ПРЕКРАТИЛИ РАБОТАТЬ?
-----------	--------------	------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Расскажите, чем вы занимались на этом месте работы:

должность	РАБОТОДАТЕЛЬ	ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ	МЕСЯЦ И ГОД НАЧАЛО: ОКОНЧАНИЕ:	ПОЧЕМУ ВЫ ПРЕКРАТИЛИ РАБОТАТЬ?
-----------	--------------	------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Расскажите, чем вы занимались на этом месте работы:

должность	РАБОТОДАТЕЛЬ	ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ	МЕСЯЦ И ГОД НАЧАЛО: ОКОНЧАНИЕ:	ПОЧЕМУ ВЫ ПРЕКРАТИЛИ РАБОТАТЬ?
-----------	--------------	------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Расскажите, чем вы занимались на этом месте работы:

должность	РАБОТОДАТЕЛЬ	ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ	МЕСЯЦ И ГОД НАЧАЛО: ОКОНЧАНИЕ:	ПОЧЕМУ ВЫ ПРЕКРАТИЛИ РАБОТАТЬ?
-----------	--------------	------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Расскажите, чем вы занимались на этом месте работы:

должность	РАБОТОДАТЕЛЬ	ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ	МЕСЯЦ И ГОД НАЧАЛО: ОКОНЧАНИЕ:	ПОЧЕМУ ВЫ ПРЕКРАТИЛИ РАБОТАТЬ?
-----------	--------------	------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Расскажите, чем вы занимались на этом месте работы:

3. Перечислите свои хобби / увлечения и виды волонтерской работы за последние 10 лет.

ЕСЛИ КТО-ТО ПЕРЕВОДИЛ ИЛИ ПОМОГАЛ ВАМ ЗАПОЛНИТЬ ЭТУ ФОРМУ, УКАЖИТЕ ИМЯ И ФАМИЛИЮ ЭТОГО ЛИЦА, А ТАКЖЕ КЕМ ОН/ОНА ВАМ ПРИХОДИТСЯ

**Будучи предупрежденным (-ной) об ответственности за предоставление ложной информации, я заявляю, что, насколько мне известно, сведения, приведённые мной в настоящем «Заявлении об образовании, трудовой деятельности и состоянии здоровья», являются правдивыми, верными и полными. Я понимаю, что Департамент социального обеспечения и здравоохранения может потребовать подтверждения предоставленных мною сведений.**

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА

ДАТА